Mary Arnold

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberastasieundab0000arno

Dem Kollegen mit
freundl. Gruß und Dank
Leuckart zur freundl.
Erinnerung d.
Verfasser.
Berlin, d. 22.6.87.

Lane Medical Library

Über Astasie und Abasie,

ein Beitrag zur Hysterie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 22. Juni 1889

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Arnold Levy

prakt. Arzt aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Max Düsterwald, prakt. Arzt.
- Dd. med. Julius Fischer, prakt. Arzt.
- Cand. med. Moritz Lewitt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen Eltern

sowie

Seinem Onkel Herrn Gustav Naphtaly

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

L'hysterie est connue depuis qu'il existe une civilisation, sagt Briquet in seinem klassischen Werke über die Hysterie. Und mit Recht; bereits die altgriechischen Ärzte kannten das vielgestaltete Krankheitsbild und gaben ihm den Namen „Hysterie", da sie der Ansicht waren, dass das Leiden ausschliesslich Eigentum des weiblichen Geschlechtes sei und in Beziehung zum Uterus (ὑστέρα) stände. Sie liessen denselben Wanderungen durch den ganzen Körper ausführen und durch den Druck auf verschiedene Organe Krankheitserscheinungen in diesem hervorbringen. Als durch Galen die Unmöglichkeit solcher Wanderungen nachgewiesen worden war, trat immer mehr die Anschauung in den Vordergrund, dass alle oder die meisten hysterischen Zustände von Krankheiten der Sexualorgane abzuleiten seien, eine Auffassung, die von Romberg dahin präcisiert wurde, dass die Hysterie eine durch Genitalienreiz bedingte Reflexneurose sei. Diese Ansicht ist in neuerer Zeit mit Recht aufgegeben worden. So sind bereits zahlreiche Fälle von männlicher Hysterie beobachtet worden. Andererseits sehen wir dieselbe sehr häufig bei Frauen, bei denen sich die Sexualorgane anato-

misch und functionell vollkommen normal verhalten. Auch die Erfolge der Therapie sprechen dagegen. Fälle von Hysterie, welche bloss durch gynäkologische Behandlung geheilt werden, gehören zu den Seltenheiten; dagegen werden sehr viele hysterische Frauen geheilt, während der Zustand der Sexualorgane unverändert bleibt. So hat sich die andere Ansicht, dass die Krankheit im Nervensystem wurzle und in diesem durch die verschiedensten äusseren Veranlassungen entwickelt werden kann, seit Sydenhams Zeiten immer mehr Anhänger erworben und kann gegenwärtig als die allgemein herrschende bezeichnet werden. Freilich haben die Vorstellungen, die man sich von dem Wesen der Erkrankung machte, im Laufe der Zeit sehr verschiedene Formen angenommen. Sydenham hielt eine Ataxie der Geister für ihre Grundlage; Pomme liess sie durch ein racornissement des nerfs bedingt sein. Man kann nicht sagen, dass die Vorstellungen, die wir uns jetzt von einer molecularen, mit unseren Hilfsmitteln nicht nachweisbaren Veränderung des Nervensystems machen können, viel klarer sind als die mit den angeführten Ausdrücken zur Zeit ihrer Entstehung verbundenen. Aber in einem Punkte sind wir doch weiter gekommen, nämlich in dem Erkennen und Verstehen der Symptome der Krankheit. Die Erkenntnis, dass auch in dem chaotischen Wechsel und der scheinbar unberechenbaren Aufeinanderfolge und Flucht der Erscheinungen, von denen Sydenham sagt, dies me

deficeret, si omnia, quae affectus hystericos gravant, symptomata enumerare velim, eine gewisse Gesetzmässigkeit herrscht, dass sich innerhalb bestimmter Grenzen bestimmte Symptome mit unwandelbarer Regelmässigkeit wiederholen, verdanken wir in erster Reihe den systematischen Beobachtungen und Untersuchungen Charcots und seiner Schüler. Mit der erstaunlichen Grösse des Materials und dem häufigen Auftreten der sogenannten grande hysterie hängt es zusammen, dass in Frankreich und speciell in Paris ein grösseres Interesse für die Krankheit herrscht als in Deutschland. Die „Salpêtrière“, die Wirkungsstätte Charcots, ist eine unerschöpfliche Fundgrube für das Studium der Hysterie; ununterbrochen ist daselbst Neues zu Tage gefördert worden. So wurde hier zuerst genau und sicher festgestellt, dass die Hysterie durchaus keine dem weiblichen Geschlechte allein oder auch nur vorwiegend zukommende Krankheit sei, sondern dass auch das männliche Geschlecht ausserordentlich häufig und schwer davon betroffen wird. Neben dieser allgemeinen Thatsache schenkte man auch einzelnen Symptomen der Krankheit grosse Aufmerksamkeit.

Im Jahre 1888 hat Herr Blocq, ein Schüler Charcots, eine grössere Abhandlung veröffentlicht, in der er einen Zustand eingehender beschreibt, bei dem es dem Individuum nicht möglich ist, in normaler Weise zu stehen und zu gehen, während die Untersuchung weder eine Sensibilitätsstörung noch eine

Abnahme der motorischen Kraft, noch eine Coordinationsstörung in den Bewegungen der unteren Extremitäten ergiebt.

Da nun, wie aus der Litteratur ersichtlich ist, diese Störung in Deutschland noch nicht beschrieben worden ist, so verlohnt es sich wohl der Mühe, im Anschlusse an einen in jüngster Zeit von Herrn Prof. Mendel beobachteten Krankheitsfall diesen Symptomencomplex näher zu besprechen.

Krankengeschichte.

Marie L., 28 Jahre alt, aus Berlin.

Anamnese: Patientin giebt an, dass ihre Grossmutter mütterlicherseits lebt, aber seit ungefähr 30 Jahren an Geistesschwäche leidet. Ihre Eltern sind vor zehn Jahren kurz nacheinander gestorben, und zwar ihre Mutter nach einem einjährigen Krankenlager am Magenkrebs, ihr Vater 14 Tage später an einem Lungenleiden. Die Mutter der Pat. war nach ihrer Aussage von sehr heftigem, leicht erregbarem Temperament, so dass sie bei den geringfügigsten Anlässen irgend einen Gegenstand ergriff und ihn nach ihr warf. Ausserdem soll sie an „Schreikrämpfen“ gelitten haben. Von ihren beiden Brüdern zeigt der ältere ein gleich heftiges Temperament; während der jüngere an sehr heftigem und fast dauerndem Kopfschmerze leidet.

Pat. will als Kind stets gesund gewesen sein. In

der Schule zeichnete sie sich durch ihren Fleiss und ihr gutes Betragen aus.

Sie war von heiterem, freundlichem Wesen, spielte gern mit ihren Mitschülerinnen, die sie sehr lieb hatten.

In ihrem 15. Lebensjahre bekam sie die Periode. Dieselbe war stets regelmässig bis zum Jahre 1881, wo sie an Typhus erkrankte.

Der Tod ihrer Eltern ergriff sie sehr heftig und brachte in ihrem Wesen eine grosse Veränderung hervor.

Sie wurde still, mied den Verkehr mit anderen Leuten und suchte die Einsamkeit auf. Hierzu gesellte sich ein gewisses Angstgefühl, wenn sie über einen Platz oder durch frequente Strassen ging.

In ihrem 20. Lebensjahre wurde sie von einem schweren Typhus heimgesucht, der sie 5 Wochen lang ans Krankenbett fesselte. Am achten Tage ihrer Reconvalescenz stellten sich Zuckungen und Schmerzen im linken Beine, im linken Arm und im Gesichte ein. Sie konnte das linke Bein fast gar nicht bewegen. Nach weiteren acht Tagen erkrankte sie, wie ihr im Krankenhause Friedrichshain gesagt wurde, an der Ruhr. Sie wurde nach einem Isolierpavillon gebracht und lag dort 5 Wochen.

Doch sollte hiermit die Reihe ihrer Leiden nicht beendigt sein; an die Ruhr schloss sich eine sehr heftige Diphtherie an, so dass Patientin erst nach vier Monaten das Krankenhaus verlassen konnte. Bei

ihrer Entlassung konnte sie nur mit dem rechten Beine normale Schritte thun, während das linke Bein vollständig steif und am Boden nachgezogen wurde.

Nach zwei Jahren besserte sich der Zustand. Pat. konnte wieder gut gehen und erfreute sich einer verhältnismässig guten Gesundheit bis zum Sommer des Jahres 1888. Sie bekam heftige Kopfschmerzen und heftiges Erbrechen nach dem Essen. Sie arbeitete zwar noch weiter, fühlte sich aber sehr schwach und nahm zusehends an Kräften ab. Da der Zustand sich nicht besserte und neben Erbrechen von Speisen auch Bluterbrechen und starke Magenschmerzen sich einstellten, so suchte Pat. die Poliklinik des Herrn Prof. A. Fraenkel auf. Derselbe verordnete der Kranken ruhige Bettlage und Milchdiät. Unter dieser Behandlung gingen die Symptome von Seiten des Magens zurück und Pat. erholte sich etwas. Bald traten aber vorübergehende Zuckungen am ganzen Körper und Zittern in den Armen und Beinen auf, so dass sie ihrer Beschäftigung als Schneiderin nicht mehr nachgehen konnte.

Sie suchte daher in den ersten Tagen des Monats Mai 1889 die Poliklinik des Herrn Prof. Mendel auf, um sich elektrisieren zu lassen.

Hier fiel zuerst der Gang der Pat. auf.

Geht dieselbe einige Schritte, so bemerkt man, wie sie zuerst in normaler Weise ohne jede Anstrengung vorwärts schreitet; bald aber ändert sich das Bild. — Sie gerät ins Schwanken und ihr Körper

neigt sich bald nach der linken, bald nach der rechten Seite hin, es ist ihr jedoch noch möglich, sich auf diese Weise fortzubewegen, zuletzt wird aber das Schwanken und Neigen des Rumpfes so stark, dass sie das Gleichgewicht verliert und hinfallen würde, wenn sie nicht festgehalten würde. Eine gleiche Unsicherheit macht sich auch beim Stehen bemerkbar. Die Kranke steht einige Augenblicke ruhig und gerade, doch bald kippt der ganze Körper nach einer Seite um, sie kann das Gleichgewicht nicht bewahren und sich nur durch das Festhalten an einem Gegenstande vor dem Hinfallen schützen. Bei einer näheren Untersuchung ergiebt sich folgendes Krankheitsbild.

Status den 12. 5. 89.

Pat. ist von mittelgrosser Gestalt, gracilem Körperbau. Die Muskulatur sowie das Fettpolster sind mässig entwickelt. Die sichtbaren Schleimhäute wie Conjunctiva und Lippen haben ein blasses, anämisches Aussehen.

Das Herz ist in seinen Grenzen und Tönen normal. Die Pulsfrequenz beträgt 80 in der Minute. Die Lungen ergeben einen hellen und vollen Lungenschall, sowie normales Atemgeräusch. Das Sensorium ist frei.

Gehen wir auf die einzelnen nervösen Symptome über, die unsere Kranke darbietet, so finden wir zunächst mehrere gut charakterisierte Stellen am Körper, de schon auf einen sanften Druck heftigen Schmerz

verursachen, aber keine Krämpfe auslösen. Als solche „Schmerzpunkte“ sind hervorzuheben:

Bie beiden Supraclaviculargruben, die Plica cubiti, die Fossa popliteae, die Gegend des Condylus internus, das Foramen ischiadicum, Punkte also, die dem Verlaufe der grossen Nervenstämme entsprechen. Ausserdem zeigt Pat. das Clavusgefühl und die von Charcot so genannte „Ovarie“ auf beiden Seiten, welche in einer grossen Empfindlichkeit der unteren Bauchgegend gegen Druck besteht. Anästhesieen sind nicht beobachtet worden. Pat. kann die Spitze und den Knopf einer Stecknadel bei geschlossenen Augen genau unterscheiden. Im Gebiete der Sinnesnerven finden sich keine Anomalieen. Die Patellarreflexe sind normal, der Fussklonus nicht vorhanden. Die active und passive Bewegung in den unteren Extremitäten ist in keiner Weise beeinträchtigt; sie beugt und streckt, adduciert und abduciert dieselben ganz normal. Alle Bewegungen werden in der Ruhelage der Patientin wohlgeordnet und ohne jede ataktische Störung ausgeführt. Die Bewegungen in den oberen Extremitäten sind vollständig frei; beim Ausstrecken der Hände, sowie beim Ergreifen eines Gegenstandes macht sich ein Zittern der Hände bemerkbar. Von den oben erwähnten Zuckungen lässt sich folgendes Bild entwerfen.

Liegt die Pat. im Bette und wird hierbei durch irgend eine Sache heftig erregt, so z. B. durch die Anwesenheit einer ihr fremden Person, bei der ärzt-

lichen Untersuchung u. s. w., so sieht man zuerst, wie die Atemzüge rascher und hastiger werden, die Nasenflügel sich erweitern und das Gesicht sich rötet. Bald treten heftige, einmalige Zuckungen in den Armen auf, die, wie Pat. sich ausdrückt, elektrischen Schlägen gleichen und ihr heftige Schmerzen verursachen. Dabei tritt ein sehr starkes Zittern der unteren Extremitäten, besonders des linken Beines, ein. Das ganze Bett wird gleichsam mit erschüttert.

Durch einen auf die Patella ausgeübten Druck, d. h. durch Hyperextension, lässt sich das Zittern zwar nicht unterdrücken; aber doch mässigen. Nach zwei bis drei Minuten ist der Anfall vorüber. Die Reaction der Pupillen ist während des Anfalles vollkommen erhalten, das Bewusstsein nicht gestört. Pat. fühlt sich hierauf sehr schwach und schlafsüchtig.

Die subjectiven Klagen der Pat. beziehen sich hauptsächlich auf Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Kopf- und Magenschmerzen.

In ihrem psychischen Wesen macht sich besonders eine gesteigerte Gemütserregbarkeit geltend. Sie ist sehr schreckhaft, wird von allem Unerwarteten leicht überwältigt; sie ist empfindsam und empfindlich.

Jede Kleinigkeit verstimmt sie und versetzt sie in Aufregung. Durch geringfügige, psychische Ursachen, schon durch das Gefühl, beobachtet zu werden, werden die oben erwähnten Anfälle hervorgerufen. Schnell erfolgt ein Umschlag in die gerade entgegengesetzte Stimmung. Apathisch, gedankenlos liegt sie

in ihrem Bette, nur halb oder gar nicht percipierend, was um sie herumgeht. Ihr Gedächtnis zeigt sich vielfach geschwächt und mangelhaft, und namentlich sind es die Einzelheiten in ihrem Leben, welche ihr sehr rasch entschwinden.

Fassen wir dieses Krankheitsbild zusammen, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass wir es mit einer hereditär belasteten Person zu thun haben, bei der psychische Einwirkungen, wie Sorge, Kummer, getäuschte Hoffnungen und Erwartungen, kurz alles, was ein Gemüt verstimmen und bedrücken kann, den jetzigen krankhaften Zustand hervorgebracht haben. Welchem Krankheitsbild gleicht aber das unserige mehr als dem der Hysterie? Wir finden hier die allgemein anerkannten Cardinalsymptome der Krankheit vereinigt. Aus gesteigerter und verminderter Erregbarkeit, aus Hyperaesthesieen, aus dem Clavus hystericus, der Ovarie, Krämpfen und krampfartigen Anfällen, aus schlafsüchtigem Zustande und vollständiger Schlaflosigkeit setzt sich bei unserer Kranken das Bild der Hysterie zusammen. Als eine neue und seltene Erscheinung gesellt sich hinzu das Unvermögen, zu stehen und zu gehen, der von Herrn Blocq mit Astasie und Abasie bezeichnete Symptomencomplex.

Diese Bezeichnung hat der Verfasser nach der Analogie der „Agraphie“ gewählt. Wie bei dieser Störung die Finger an sich nicht gelähmt sind, sondern die Kranken sich derselben zum Schreiben nicht

zu bedienen wissen, so hat die Astasie und Abasie ihren Grund nicht in einer Aufhebung der allgemeinen Bewegung der unteren Extremitäten, sondern gleichsam in dem Verluste des Gedächtsnisses für die zum Gehen und Stehen notwendigen Bewegungen. Und in der That sehen wir, wie unsere Kranke mit ihren Beinen die verschiedensten Bewegungen ausführen kann; nur die für das Gehen notwendigen hat sie gleichsam vergessen.

Die erste Schilderung dieses Symptomes finden wir in einer Arbeit von Charcot und Richer aus dem Jahre 1883.

„Diese Affection, so führen die Autoren aus, befällt im besonderen Kinder und junge Individuen entweder nach einem Trauma oder einer heftigen Erregung. Der Kranke kann weder stehen noch gehen, liegt derselbe, so kann man sich von der Erhaltung der motorischen Kraft, sowie von der Exactheit der Bewegungen der unteren Extremitäten überzeugen. Die Prognose ist im allgemeinen günstig. Die Störung verschwindet entweder allmählich oder plötzlich, recidiviert aber sehr leicht."

Analoge Störungen beschreibt M. Weir Mitchell unter dem Namen „hysterische motorische Ataxie". Er unterscheidet hierbei zwei Formen von motorischer Coordinationsstörung der unteren Extremitäten. Bei der ersten Form ist dieselbe von Sensibilitässtörungen abhängig und zeigt sich besonders dann, wenn die Kranken der Controle von Seiten anderer Sinnes-

organe, vornehmlich des Auges beraubt sind. Denn so lange die vollständig anästhetischen Kranken ihre Augen offen haben, können sie gut gehen, sobald sie die Augen schliessen, können sie keinen Moment mehr stehen und fallen hin. Die zweite Form ist dadurch characterisiert, dass die Kranken weder eine Abnahme der motorischen Kraft, noch irgend welche Sensibilitätsstörungen darbieten und sich ihrer Gliedmassen in wohlgeordneter Weise bedienen können, wenn sie liegen; gehen oder stehen dieselben, so zeigt sich unmittelbar das Fehlen der Coordination. Der Verfasser schildert den Gang einer zwanzigjährigen hysterischen Person folgendermassen:

„Die Kranke fällt bald nach der einen Seite, sucht sich aufzurichten, fällt in der Folge nach der anderen Seite und ebenso nach vorn oder hinten. Im Bette bewegt sie ihre Glieder etwas träge, aber mit grossem Kraftaufwand, und ohne jede Coordinationsstörung. Dieselbe macht sich besonders beim Stehen der Pat. bemerkbar. Ein geringer Stoss ist imstande, sie umzuwerfen, da sie nicht fähig ist, sich rechtzeitig gegen den Stoss zu schützen und das gestörte Gleichgewicht wiederherzustellen."

Diese Form der Coordinationsstörung, sagt Weir-Mitchell, scheint sich nur auf zusammengesetzte Bewegungen zu beziehen und zeigt sich nicht bei freiwilligen Bewegungen eines Gliedes. Es besteht keine motorische Schwäche, denn, wenn die Kranke sitzt

oder liegt, so entwickelt sie eine beträchtliche Kraft in den unteren Extremitäten.

Unter den elf Beobachtungen führt Herr Blocq auch denjenigen Krankheitsfall auf, den Erlenmeyer im Jahre 1885 unter dem Titel „statische Reflexkrämpfe“ veröffentlicht hat. Unter „statische Reflexkrämpfe“ versteht der Verfasser solche Krämpfe, die durch Locomotionsbewegungen ausgelöst werden, und er unterscheidet sie streng von den sogenannten coordinierten Beschäftigungskrämpfen. Bei diesen, sagt er, handelt es sich um Verrichtungen und Hantierungen, deren Zweck und Ziel ausserhalb des Körpers liegt, während bei den statischen Reflexkrämpfen die Körperbewegung als solche allein in Frage kommt.

Bei einer näheren Betrachtung des Krankheitsfalles ergiebt sich ohne weiteres die Berechtigung, diesen Fall unter den Begriff der Astasie und Abasie einzureihen.

A. T., 28 Jahre alt, ledig, Referendar, stammt aus einer Familie, in der Nerven- oder Geisteskrankheiten nicht erblich sind. Er hat nie besondere Excesse begangen, namentlich nicht in sexueller Beziehung, war nie inficiert. Im Trinken war er mässig, geraucht hat er nie. Im Winter 1883/84 machte er das schriftliche Assessorexamen und begann im Anfang des Jahres 1884 die Vorbereitung zur mündlichen Prüfung. Er studierte sehr eifrig und angestrengt den ganzen Tag über. Nachdem er in dieser Weise ungefähr 6—8 Monate gearbeitet hatte, stellte sich

eine gewisse Erregung und allgemeine Unruhe bei ihm ein, die sich schnell steigerten. Es traten Zuckungen in allen Körpermuskeln auf; namentlich in den Beinen und Armen. Beim Schreiben kam es infolgedessen sehr häufig zu unbeabsichtigtem Ausfahren mit der Feder. Anfangs August des Jahres 1884 stellten sich Bewegungsstörungen in den Beinen ein. Mitten im ruhigen Gehen knickte Patient plötzlich und ohne jede Schmerzempfindung im linken Kniee ein. Anfangs selten und wenig tief, trat diese Erscheinung öfter und intensiver auf, so dass das durch das Einknicken bedingte Ein- resp. Zusammensinken des Oberkörpers mehr und mehr zunahm. Zum Umfallen ist es nie gekommen; der Patient erlangt die Herrschaft über seine Muskulatur stets schnell zurück. Sehr bald beteiligte sich am Einknicken auch das rechte Bein, aber nie so stark als das linke. Als dritte Steigerung kam ein Hüpfen hinzu. Sobald der Patient in beiden Knieen eingeknickt war, wurde der ganze Körper mit beiden Füssen zugleich in die Höhe geschleudert. Es waren einer oder mehrere Sprünge, bei denen die Füsse den Boden verliessen, und welche Patient durchaus nicht verhindern oder unterdrücken konnte. Anfangs geschah dies Hüpfen in halb gestreckter, wenn auch in den Knieen eingeknickter Körperhaltung. Allmählich verstärkte sich aber das Einknicken, so dass der Patient in vollständige Hockstellung geriet und mit der Beugeseite der Oberschenkel auf der Wade aufsass. Ging der Patient

in dieser Phase ohne Unterstützung, so knickte er nach 4—5 Schritten plötzlich in beiden Knieen zusammen, kam in eine tief am Boden hockende Stellung, machte in dieser 1 bis 2 bis 3 gleichmässige Sprünge am Boden vorwärts, hob sich dann mit grosser Anstrengung in die aufrechte Stellung in die Höhe, ging wenige Schritte weiter voran, um dann wieder in die Kniee zu sinken und durch einige Schritte vorangeschnellt zu werden. So ging es ohne Unterbrechung fort. Schmerzhaft war diese Bewegungsstörung niemals. Die Patellarreflexe sind gesteigert, der Fussklonus nicht vorhanden. Die Beweglichkeit und die grobe Kraft sind in keiner Weise abgeschwächt. Steifigkeit in den Knieen bei passiven Bewegungen ist nicht vorhanden. Bei ruhiger Stellung auf dem Boden oder durch Anstossen der Fusssohle an einen harten Gegenstand, z. B. im Bette liegend gegen die Bettstelle, ist nie ein Zittern oder Zucken in den Beinen hervorgerufen worden. Ebenso ist es nie gelungen, durch Percussion oder Kitzeln der Fusssohle irgend eine abnorme Bewegungserscheinung in den unteren Extremitäten zu erzeugen. Die gewöhnliche Berührungssensibilität ist normal, Spitze und Kopf einer Stecknadel werden an beiden Beinen richtig unterschieden und genau localisiert.

Spricht schon das ganze Krankheitsbild gegen eine organische Erkrankung, so wird diese Ansicht noch weiter durch den Verlauf der Krankheit bestätigt.

Nach einer Behandlung von $7^1/_2$ Wochen, die

wesentlich eine psychische war, besserte sich der Zustand, das Hüpfen verschwand, die Patellarreflexe sind normal. Auch das Einknicken besserte sich, wie Erlenmeyer berichtet, in erheblichem Masse. Einige Tage vor seiner Entlassung machte Patient einen $2^1/_2$stündigen Spaziergang, auf dem er nur auf der allerletzten Stelle einknickte.

Gehen wir nun zu den von Herrn Blocq teils aus der Litteratur, teils aus seiner eigenen Erfahrung gesammelten Krankheitsfällen über, deren Zahl elf beträgt, so lassen sich dieselben je nach der Schwere der Störung in mehrere Gruppen einteilen.

In den ersten vier Beobachtungen ist das Gehen und Stehen vollkommen unmöglich. Stellt man den Patienten auf die Füsse und fässt ihn unter beide Achseln, so klappt er zusammen, als wenn, wie Blocq sich ausdrückt, seine Beine aus Baumwolle wären. In Kürze will ich hier den Fall II mitteilen.

Karl V., 14 Jahr alt, war niemals krank, seine Mutter litt an Migräne. Er sollte in der Pension, in der er sich befand, bei Gelegenheit einer Feier am 3. März 1878, zu der auch der Bischof erschienen war, einen Vortrag halten. Er war sehr aufgeregt, klagt den ganzen Tag über Kopfschmerzen und Schwäche in den Beinen. Am folgenden Tage konnte er sich nicht erheben. Der Arzt fand bei seiner Untersuchung, dass der Knabe zwar nicht stehen und gehen, aber im Liegen mit seinen Extremitäten ziemlich schnelle Extensions- und Flexionsbewegungen

ausführen kann. Da sich der Zustand nicht besserte, so kam er in die Behandlung Charcots, der die Erhaltung der motorischen Kraft sowie der Coordination constatierte. Der Kranke unterstützt zog die Füsse gleichsam am Boden entlang, konnte aber in normaler Weise nicht gehen. Er hatte keine gesteigerten Patellarreflexe, keine Anästhesieen. Das Kind wird nach einem maison de santé gebracht und bleibt dort zwei Monate fern von der Familie. Am 8. Mai trat eine Veränderung in dem Befinden des Knaben ein. Er konnte zwar noch nicht gehen, aber wie eine Elster springen, bald auf dem einen, bald auf dem anderen Fusse. Dieser Zustand dauerte 14 Tage, am 29. Mai konnte er plötzlich gehen. Den 4. October wurde er plötzlich von derselben Störung befallen ohne eine besondere Ursache. Er klagte über Kopfschmerzen und zugleich war es ihm unmöglich, zu gehen und zu stehen, so dass er liegen musste. Dieses Mal kam die Heilung nach einem Monat und blieb beständig.

Der fünfte Fall, das ist derjenige, den Weir-Mitchell mitteilt, ist, wie bereits oben erwähnt, dadurch characterisiert, dass die Kranke nur mit Unterstützung stehen und gehen kann, widrigenfalls sie ins Schwanken gerät und hinfällt.

Denselben Grad der Störung zeigt auch unsere Patientin. Fässt man sie an der Hand, so geht sie in normaler Weise, ohne irgend welche Unsicherheit des Ganges zu zeigen. Lässt man die Hand aber los

und fordert sie, allein zu gehen auf, so macht sich bald das oben beschriebene Schwanken bemerkbar.

In den übrigen Fällen sehen wir das normale Gehen und Stehen durch verschiedene widersinnige und uncoordinierte Bewegungen gestört. Bei einem Versuche zu gehen verwickeln sich die Beine gleichsam oder dieselben werden, schlaff im Bette und in sitzender Stellung, steif, sobald sie den Boden berühren und geraten in krampfhafte Flexion. Hüpfen, Springen und Tanzen wechseln mit normalen Gehbewegungen. Hierher muss auch derjenige Fall gerechnet werden, den jüngst Herr Dr. Bourguet veröffentlicht hat. Es handelt sich um einen jungen Mann, dessen Gang so sonderbar war, dass man zuerst auf den Gedanken kam, es mit einem Simulanten zu thun zu haben. Bei einer genaueren Untersuchung ergab sich die Diagnose „Hysterie". Den Gang des Pat. schildert der Verfasser folgendermassen:

„C'est une espèce de danse surtout marquée dans la jambe droite; dans ses meilleurs moments, le malade ne détache pas ou détache très mal du sol la pointe de pied droit; il sautille sur le talon, est le même phénomène existe, quoique moins prononçé, dans la jambe gauche; il avance aussi d'une manière extrêmement pénible, tout le corps oscille et la tête est entraînée dans ce mouvement. Dans les moments les plus forts il faut soutenir cet homme par les deux

bras; la marche devient impossible et il s'effondrerait, s'il n'était maintenu."

Versuchen wir nun, uns aus der Summe der Einzelheiten ein zusammenhängendes Bild dieser krankhaften Störung zu entwerfen, so lässt sich dieses, soweit es bei der geringen bis jetzt vorliegenden Anzahl von Beobachtungen möglich ist, folgendermassen skizzieren.

In den meisten Fällen ist der Anfang der Störung ein plötzlicher infolge einer lebhaften Erregung oder eines leichten Traumas. In einigen entwickelt sie sich, wie in dem unserigen, allmählich, ohne dass d. Pat. irgend einen Grund anzugeben weiss. Die Störung ist immer nur auf die associierte Muskelthätigkeit beim Stehen und Gehen beschränkt. Dabei lässt sich die Thatsache feststellen, dass der Kranke, wenn er sitzt oder liegt, keine anormalen, uncoordinierten Bewegungen darbietet. Die motorische Kraft sowie das Muskelgefühl sind unversehrt. Der Kranke führt mit Kraft und Präcision alle Bewegungen aus, die man ihm aufträgt.

Die unteren Extremitäten zeigen weder unfreiwillige noch krampfartige Bewegungen. Nur wenn man den Kranken auffordert zu stehen oder zu gehen, zeigen sich die Anomalieen, die, wie wir gesehen haben, sehr verschiedener Natur sein können.

In vielen Fällen ergiebt die genauere Untersuchung nichts als diese Coordinationsstörung. Häufig ist dieselbe von Erscheinungen begleitet, die in engster

Beziehung zur Hysterie stehen, wie Ovarie, Analgesieen, Krämpfe, Verengerung des Gesichtsfeldes und Sensibilitätsstörungen. Der Gang dieser Störung ist ziemlich launenhaft. So kann die Affection, seit mehreren Monaten bestehend, in einem Falle während 24 Stunden vollständig und für immer verschwinden, in dem anderen wieder erscheinen und lange Zeit bestehen. Immer wird aber die Prognose als beinahe günstig zu stellen sein; nur muss man dabei berücksichtigen, dass diese Affection sehr leicht recidiviert. Betrachten wir die plötzliche Entstehung dieser Störung, ihren günstigen Verlauf, sowie ihre Combination mit hysterischen Erscheinungen, so werden wir wohl nicht umhinkönnen, auch diesen krankhaften Zustand als ein Symptom der Hysterie zu betrachten, dessen Grundlage nicht eine materielle sondern functionelle Erkrankung bildet.

Ist diese Affection auch im allgemeinen selten, so ist es doch wichtig, sie zu kennen, sich ihr charakteristisches Bild vor Augen zu halten, um sich vor diagnostischen Irrtümern zu hüten. So kann es leicht vorkommen, dass dieser krankhafte Zustand bei männlichen Individuen für Simulation angesehen wird, um sich vom Militärdienste zu befreien. Andererseits ist eine Verwechslung mit einer schweren organischen Erkrankung nicht ausgeschlossen. So ist hierbei, wie Herr Blocq berichtet, von den berühmtesten Ärzten eine Pottsche Kyphose, eine Myelitis u. s. w. diagnosticiert worden. Daher ist es wohl

berechtigt, auf einzelne Krankheiten und Störungen hinzuweisen, die in differentialdiagnostischer Beziehung in betracht kommen.

In den Fällen, wo das Gehen und Stehen zwar beschwerlich, aber immerhin möglich ist, müssen diejenigen Erkrankungen berücksichtigt werden, bei denen das Hauptsymptom die Ataxie der coordinierten Bewegungen bildet. Bei der tabischen Ataxie ist der Gang besonders durch die Schleuderbewegungen characterisiert: aber noch andere Symptome, wie das Fehlen der Patellarreflexe, Sensibilitätsstörungen, die Incoordination der Bewegungen beim Liegen, vervollständigen das Bild der Tabes dorsalis.

Bei der Friedreichschen Krankheit zeigt sich die Coordinationsstörung in gleicher Weise, wenn der Patient sitzt oder liegt, und ergreift auch die oberen Extremitäten: ausserdem besteht bei dieser Krankheit Nystagmus, Verlust der Sprache, Fehlen der Patellarreflexe.

Die dritte Störung, die hier Erwähnung finden muss, ist die von Briquet und Lasègue studierte hysterische Ataxie. Wir verstehen hierunter diejenige motorische Incoordination, die sich bei dem Verluste des Muskelgefühls zeigt und besonders deutlich hervortritt, wenn die Kranken die Augen schliessen.

Ist das Gehen und Stehen vollständig unmöglich, so kann man an eine Paraplegie denken.

Wir müssen hierbei zwei Arten von Lähmungen

unterscheiden, eine schlaffe und eine starre. Bei der ersteren handelt es sich um eine Verminderung oder Aufhebung der motorischen Kraft, welche ebenso beim Sitzen und beim Liegen als beim Stehen auftritt; die Kranken ziehen ihre Beine wie fremde Körper hinter sich her. Bei der zweiten Form sind die Reflexe gesteigert, es besteht eine Tendenz zu Contracturen.

Bietet sich uns die Astasie und Abasie in ihrer letzten Form dar, wobei das Gehen und Stehen durch uncoordinierte Bewegungen gestört wird, so erinnern uns die unfreiwilligen Bewegungen an choreaartige Erkrankungen.

Die hierbei auftretenden Störungen zeigen sich aber auch während des Liegens und Sitzens.

Eine Verwechslung kann auch leicht mit derjenigen Affection stattfinden, die von Bamberger unter dem Namen „Saltatorische Reflexkrämpfe“ beschrieben worden ist. Es treten hier keine abnorme Bewegungen, wenn der Kranke sitzt oder liegt, auf, sondern nur durch den Akt des Gehens, des Marschierens, durch das Auftreten des Fusses auf den Boden werden Krämpfe in den unteren Extremitäten ausgelöst. Die Störung besteht in plötzlichen und sehr schnellen Sprüngen, die den Körper auf 10—15 cm erheben und welche erst aufhören, wenn der Kranke entkräftet hinfällt. In der Mehrheit der Fälle können die abnormen Bewegungen auch beim Sitzen des Pat. hervorgerufen werden, wenn man die Fusssohle kitzelt oder sie stark schlägt, Phänomene, welche sie von

dem unterscheiden, was die Astasie und Abasie darbietet. Hier treten die Störungen nicht unmittelbar auf, wenn der Fuss den Boden berührt, dauern nicht ununterbrochen bis zur Erschöpfung des Kranken, endlich werden sie weder durch Percussion noch durch das Kitzeln der Fusssohle hervorgerufen.

Zuletzt wollen wir noch die functionellen Beschäftigungskrämpfe erwähnen, von denen die unteren Extremitäten befallen werden können. So kommen Gastroknemiuskrämpfe bei Maschinennäherinnen vor.

Duchenne sah bei einem Schleifer einen Krampf der Fussbeuger eintreten, sobald derselbe den Fuss auf das Trittbrett setzte, um das Rad in Bewegung zu bringen. Schultz in Wien beobachtete bei Ballettänzerinnen nach anhaltendem Vorwärtsschreiten auf den Zehen einen Krampf der Flexoren der grossen Zehe. Immer treten die Krämpfe nur in denjenigen Muskelgruppen auf, bei denen es sich um Überanstrengung handelt, und die nur bei der Ausübung der bestimmten Function zum Vorschein kommen.

Gehen wir nun zu der Behandlung der hysterischen Astasie und Abasie über, so glaube ich, müssen wir uns hierbei von dem Grundgedanken leiten lassen, dass es sich bei der Hysterie um eine psychische Erkrankung handelt und dass dieselbe hauptsächlich in einer Störung im Gebiete der Gefühle, Stimmungen und Triebe besteht. Wir können die Hyperästhesieen, Parästhesieen, Idiosyncrasieen nur auf eine functionelle Störung des Centralorgans beziehen. Auch die An-

ästhesieen, die Krämpfe und Lähmungen zeigen ihren psychischen Ursprung schon dadurch, dass sie infolge von psychischer Einwirkung auftreten und ebenso plötzlich verschwinden können.

Wenn wir also von dieser Voraussetzung ausgehend die Behandlung der hysterischen Erscheinungen ins Auge fassen, so werden wir nur dann auf bedeutende Erfolge rechnen können, wenn wir imstande sind, gleichsam eine psychologische Analyse des Pat. vorzunehmen und sich in dessen Gemüts- und Geisteszustand hineinzudenken. Menschenkenntnis, Geschick im Umgang mit Menschen, Gemütsruhe und Geduld sind notwendig für denjenigen, der Hysterische mit Erfolg behandeln will. So wird man sich auch bei der hysterischen Astasie und Abasie nur von einer psychischen Behandlung einen Erfolg versprechen können. Wenn der Arzt die erforderliche Autorität, das unbedingte Vertrauen des Patienten besitzt, so wird ein einfacher Befehl oder Machtspruch, die „Suggestion" der Franzosen genügen, um die bisher unmögliche Function möglich zu machen. In den schwierigsten Fällen ist natürlich eine wochen- bis monatliche Behandlung nötig, um diese Störung vollständig zu beseitigen. Man muss den Kranken methodische Gehversuche machen lassen und ihm gleichsam wie einem Kinde das „Gehen und Stehen" beibringen. Indem man den Pat. im Anfange mit Unterstützung gehen lässt, allmählich von Tag zu Tag die Anforderungen steigert, ihm zeigt, dass er

gehen kann, dass er nicht gelähmt ist, so wird man endlich dahin gelangen, dass der Kranke immer weitere Strecken zurücklegt und endlich ein recht guter Fussgänger wird.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Prof. Mendel, meinem hochverehrten Lehrer, für die freundliche Anregung und Unterstützung bei dieser Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Sydenham: Dissertatio epistolaris de affectione hysterica.

Charcot und Richer. Medicina contemporanea 1883 No. 1: Su di una forma speciale d'impotenza motrice degli arti inferiori per dissetto di coordinazione.

Briquet: Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie.

Centralblatt für Nervenheilkunde. No. 1 u. 2 1885 von Erlenmeyer: Über statische Reflexkrämpfe.

Archiv de Neurologie 1888: Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie par Dr. Blocq.

Leçons sur un cas d'hysterie mâle avec Astasie — Abasie par le professeur J. Grasset, publiées par Dr. L. Bourguet. 1889.

M. Weir Mitchell: Lectures on diseases of the nervous system especially in women.

THESEN.

I.

Die Drainage ist bei aseptisch behandelten Wunden zu verwerfen.

II.

Die Jodoformgaze-Tamponade ist bei Atonia uteri das sicherste Mittel, um die Blutung zu stillen.

III.

Die Verbreitung der Tuberculose geschieht nur durch extrauterine Infection.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Arnold Levy, geboren den 18. Juni 1864 zu Berlin, Sohn des Kaufmanns Simon Levy, mosaischer Religion, besuchte das Friedrich-Werdersche Gymnasium, welches er Ostern 1884 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Im April desselben Jahres wurde er bei der medizinischen Fakultät hiesiger Universität inscribiert, an welcher er bis zum Schlusse des Sommersemesters 1888 verblieb. Am 10. März 1886 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Während des Prüfungsjahres 1888/89 beendigte er am 10. Mai seine Prüfung als praktischer Arzt. Am 7. Juni 1889 machte er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

B. Baginsky, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Christiani †. A. Fränkel, Gerhardt, Gusserow, Guttmann, Hartmann, v. Hofmann, Henoch, Israel, Koch, Küster, L. Lewin, Leyden, Liebreich, Martin, Mendel, Schweigger, Schulze, Senator, Uhthoff, Waldeyer, Winter, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen Dank aus.